

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
CURSO DE BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

GABRIELLA RIBEIRO SILVA DANTAS

**A FORMAÇÃO E O TRABALHO DO PROFISSIONAL DE
EDUCAÇÃO FÍSICA DO NASF**

JOÃO PESSOA - PB

2019

GABRIELLA RIBEIRO SILVA DANTAS

**A FORMAÇÃO E O TRABALHO DO PROFISSIONAL DE
EDUCAÇÃO FÍSICA DO NASF**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na disciplina de Seminário de Monografia II, como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Educação Física do Departamento de Educação Física da Universidade Federal da Paraíba.

Orientador: Prof. Dr. Filipe Ferreira da Costa

JOÃO PESSOA – PB

2019

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

D192f DANTAS, Gabriella Ribeiro Silva.

A FORMAÇÃO E O TRABALHO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO
FÍSICA DO NASF / Gabriella Ribeiro Silva Dantas. - João
Pessoa, 2019.
48 f.

Orientação: Filipe Ferreira da COSTA.
Monografia (Graduação) - UFPB/CCS.

1. Profissional de Educação Física. 2. NASF. 3.
Estratégia de Saúde da Família. I. COSTA, Filipe
Ferreira da. II. Título.

UFPB/BC

GABRIELLA RIBEIRO SILVA DANTAS

**A FORMAÇÃO E O TRABALHO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO
FÍSICA DO NASF**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado na disciplina de Seminário de
Monografia II, como requisito parcial para
obtenção de grau de Bacharel em
Educação Física do Departamento de
Educação Física da Universidade Federal
da Paraíba.

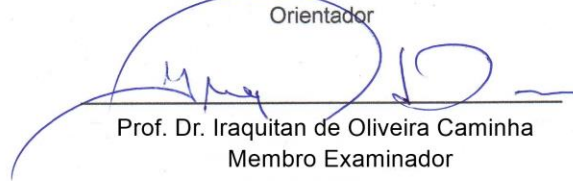
Monografia aprovada em: 01 / 10 / 2019

Banca examinadora



Prof. Dr. Filipe Ferreira da Costa - UFPB

Orientador



Prof. Dr. Iraquiton de Oliveira Caminha
Membro Examinador

JOÃO PESSOA

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, pelas oportunidades e conquistas concebidas por suas mãos. O caminho até aqui não foi fácil, mas saber que tenho Deus ao meu lado me fortalece.

Aos meus pais que sempre estão comigo torcendo, acreditando e me incentivando a ir em busca dos meus sonhos e que nunca mediram esforços para investir em meus estudos. Serei eternamente grata por todo amor, carinho e cuidado que sempre tiveram por mim. Minha maior missão é deixá-los orgulhosos. Não sei o que seria de mim sem o apoio de vocês. Muito obrigada por tudo.

Ao meu avô Edvaldo (*in memoriam*) que me ensinou tanto, que sempre cuidou de mim com todo o amor do mundo e que, com certeza, espiritualmente continua me cuidando, me protegendo e cheio de orgulho da pessoa que me tornei. Queria que o senhor estivesse aqui.

À minha avó Geralda que me ensinou a ser uma mulher forte e corajosa, que enfrenta todos os obstáculos da vida e nunca desiste de seus sonhos. Muito obrigada por todos os ensinamentos, a senhora é meu maior exemplo.

Aos meus amigos de longa data, Ygor e Lidyanne, que sempre estiveram ao meu lado, me ajudando, me dando conselhos, me incentivando, ouvindo meus desabafos e torcendo por mim. À minha amiga Jessica, que esteve ao meu lado nos últimos anos dividindo as dores e as delícias da graduação, obrigada pela parceria, carinho e pela amizade sincera. Aos meus amigos que direta ou indiretamente me auxiliaram nessa caminhada. Agradeço a Turma de Bacharelado em Educação Física, cada pessoa que fez parte dessa trajetória foi importante para que eu chegasse até aqui.

Ao meu orientador Professor Dr. Filipe Ferreira da Costa, só tenho a agradecer pela oportunidade, confiança, aprendizado e principalmente paciência, compreensão e disponibilidade. Minha formação não teria sido a mesma sem a sua presença, a sua contribuição foi imensurável.

Agradeço também a todos os professores e funcionários do Departamento de Educação Física da UFPB que fazem e fizeram parte da minha trajetória na graduação.

Gratidão!

*Meu recado às mulheres:
Contem suas histórias,
descubram o poder de milhões de vozes
que foram caladas por séculos.
(Ryane Leão)*

RESUMO

Com o objetivo de fortalecer a Estratégia da Saúde da Família e ampliar a abrangência das ações das equipes foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no ano de 2008. Dentre os profissionais que compõe o NASF está o profissional de educação física (PEF). O presente estudo teve como objetivos compreender o trabalho do profissional de educação física do NASF de João Pessoa e analisar as colaborações da formação inicial no processo de trabalho, compreender as deficiências da formação inicial do PEF e identificar os principais problemas relativos ao processo de trabalho desses profissionais. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho descritivo. Participaram do estudo 14 profissionais de educação física que atuam no NASF da cidade de João Pessoa - PB. Os dados foram obtidos utilizando-se grupos focais. O conteúdo proveniente dos grupos focais foi submetido a análise de conteúdo dividida em três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e interpretação dos dados. Os resultados apontam que a formação inicial do PEF se apresenta distanciada da demanda imposta pelos serviços públicos de saúde. Em relação ao trabalho, os profissionais atuam em dupla função: como PEF do NASF e gerentes de unidades de saúde. Conclui-se que a atuação do PEF é importante e complementar, porém apresenta deficiências devido a formação insuficiente para o trabalho no sistema de saúde brasileiro e à dupla-função dos profissionais dentro do NASF do município de João Pessoa.

Palavras Chaves: Profissional de Educação Física, NASF, Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Aiming to strengthen the Strategy of the Family Health and expand the scope of actions of the teams created the Support Center for Family Health (NASF), in 2008. Among the professionals that make up the NASF is the physical education professional (PEF). The present study aimed to understand the work of João Pessoa's NASF physical education professional and to analyze the collaborations of the initial academic training in the work process, to understand the deficiencies of the initial academic training of the PEF and to identify the main problems related to their working process. professionals. This is a qualitative research of descriptive nature. Fourteen physical education professionals who work at the NASF in the city of João Pessoa - PB participated in the study. Data were obtained using focus groups. The content from the focus groups was subjected to content analysis divided into three fundamental phases: pre-analysis, material exploration and data interpretation. The results indicate that the initial academic formation of PEF is far from the demand imposed by public health services. Concerning the work, professionals working in dual role: as PEF NASF and health unit managers. We conclude that the work of the PEF is important and complementary, but has shortcomings due to insufficient training to work in the Brazilian health system and the dual-role of professionals within the NASF the city of João Pessoa.

Keywords: Physical Education Professional, NASF, Family Health Strategy.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária a Saúde

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CEABSF – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

CONFEF – Conselho Federal de Educação Física

CREF – Conselho Regional de Educação Física

CNE – Conselho Nacional de Educação

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EF – Educação Física

ESF – Estratégia da Saúde da Família

LDB – Lei de Diretrizes e Bases

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PEF – Profissional de Educação Física

PSF – Programa de Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICAMP – Universidade de Campinas

USP – Universidade de São Paulo

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 OBJETIVOS	14
1.1.1 OBJETIVO GERAL	14
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 SUS, o NASF e a Inserção do PEF na Atenção Básica	15
2.2 A Formação do PEF para atuação na saúde	18
2.3 Competências do PEF para área de saúde	20
3. ASPECTOS METODOLÓGICOS	22
3.1 Caracterização do estudo.....	22
3.2 Participantes da Pesquisa	22
3.3 Técnica Utilizada	22
3.4 Produção de Dados	23
3.5 Análise dos dados	24
3.6 Aspectos éticos	24
4 ANALISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	25
A Formação	25
Competências para o trabalho no NASF	29
Dimensão do Conhecimento	29
Habilidade de Comunicação	31
Habilidade de Gestão	32
O Trabalho do PEF no NASF	33
Finalidade do Trabalho do PEF do NASF	37
5 CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	43
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Estratégia da Saúde da Família (ESF) seu elemento prioritário para expansão e consolidação da atenção básica no Brasil (BRASIL, 2011b), buscando intervir em fatores que colocam a saúde da população em risco e promovendo qualidade de vida. A operacionalização da Estratégia da Saúde da Família (ESF) é feita por equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, agentes comunitários de saúde, auxiliar ou técnico de enfermagem e de saúde bucal.

Com o objetivo de fortalecer a estratégia e ampliar a abrangência das ações das equipes foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no ano de 2008. O NASF, regulamentado pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, é composto por equipes multiprofissionais dos diferentes núcleos da saúde que trabalham em parceria com as ações desenvolvidas pelas equipes da ESF. Suas principais ferramentas de trabalho são o apoio matricial, a clínica ampliada e os projetos terapêuticos singulares e coletivos (LANCMAN et al., 2013).

Dentre os profissionais que compõe o NASF está o profissional de educação física (PEF). Segundo Santos e Benedetti (2012), os benefícios advindos da prática regular de atividade física foram constantemente divulgados e reconhecidos entre as estratégias de promoção da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Carvalho et al. (2010) afirmam que a presença do PEF na equipe multiprofissional do NASF tem como objetivo coordenar, planejar, organizar, e executar trabalhos e programas, participar de equipes multidisciplinares e elaborar informes na área de atividades físicas.

O trabalho do PEF na área de saúde ainda é um tópico pouco explorado. A importância do trabalho do PEF na promoção da qualidade de vida, na prevenção e reabilitação de algumas doenças na Atenção Primária à Saúde (APS) contribui com o modelo de atenção à saúde e estimula a população a adotar um estilo de vida mais saudável através da prática de atividades físicas.

Entretanto de acordo com Ceccim e Bilibio (2002) os estudos sobre o SUS e Saúde Coletiva ocupam lugar de pouco prestígio nas grades curriculares dos cursos de Educação Física. Costa et al. (2012), ao avaliar a grade curricular de 61 graduações em EF, observaram que a maioria não abordava conteúdos referentes a Saúde Coletiva/Saúde Pública.

A inserção da Educação Física na saúde tem sido crescente, sendo assim, repensar a formação não seria meramente uma necessidade, mas uma prioridade, para garantir a valorização, permanência e ampliação das possibilidades de inclusão da categoria na atenção básica e, conseqüentemente, a qualificação da atenção à saúde (SANTOS et al., 2014). Diante disso, o presente estudo objetivou compreender o trabalho do profissional de educação física do NASF no município de João Pessoa, e analisar as colaborações da formação inicial no processo de trabalho desses profissionais.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o trabalho do profissional de educação física do NASF de João Pessoa e analisar as colaborações da formação inicial no processo de trabalho.

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as deficiências da formação inicial do profissional de Educação Física para o trabalho no NASF;

Identificar os principais problemas relativos ao processo de trabalho do profissional de Educação Física no NASF.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 SUS, o NASF e a Inserção do PEF na Atenção Básica

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, com a finalidade de garantir o acesso universal e igualitário as ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos brasileiros. A criação do SUS representou, no Brasil, a transição de um modelo tradicional de saúde centrado na doença para um novo modelo, que tem como prioridade a promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos cidadãos e das comunidades (SILVA et al. 2014). Tem como princípios doutrinários a universalidade, equidade e integralidade das ações em saúde.

O princípio da universalidade visa a garantia de acesso a saúde a todo e qualquer cidadão, sendo um direito assegurado pelo Estado. Esse princípio garante não apenas o direito a saúde, como também o direito à vida e a igualdade de acesso a programas e ações de saúde sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação (MATTA, 2007). O princípio da equidade visa a garantia de ações e serviços em saúde em todos os níveis, respeitando a complexidade de cada caso (MENEZES, 2017). Para alguns autores a equidade está relacionada a tratar o diferente de forma diferente, oferecendo mais a quem precisa de mais e atendendo a necessidades coletivas e individuais. Pinheiro (2009) defende que a integralidade é um conjunto de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Além disso, os princípios são complementados por outros que incluem a descentralização das responsabilidades para os municípios, hierarquização do serviço, maior participação comunitária, autonomia dos usuários e direito à informações (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013, p. 17).

As Leis Orgânicas de Saúde que regulamentam o SUS são as Leis 8.080/90 e 8.142/90. A Lei 8.080/90 apresenta dispositivos relacionados com direito universal, unicidade, descentralização, financiamento, enfatizando a definição das atribuições de cada esfera de governo dentro do novo sistema. A Lei 8.142/90 dispõe sobre as instâncias colegiadas do SUS – o conselho e a

conferencia de saúde – e transferências intergovernamentais de recursos (BAHIA, 2008, p. 361).

Após a publicação das Leis Orgânicas de Saúde que regulamentaram o SUS, vários programas foram desenvolvidos e aplicados, entre eles a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994. O Programa de Saúde da Família era um programa voltado para a Atenção Primária a Saúde e buscava promover qualidade de vida para a população e intervir em fatores que colocam a saúde em risco. Estrutura-se em duas categorias: Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade de Saúde da Família (USF). A UBS realiza um serviço tradicional, focando no atendimento de moradores da região. A USF realiza o serviço de atendimento, prestando serviços a uma quantidade de pessoas dentro de uma região específica. Em 1997, por apresentar características distintas dos demais programas e por objetivar a organização do processo de trabalho em saúde, o Programa de Saúde da Família foi considerado uma estratégia de reorientação da Atenção Básica no país.

A operacionalização da estratégia é mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde. Essas equipes devem acompanhar um determinado número de famílias localizadas em regiões específicas e delimitadas. O objetivo das equipes é o de desenvolver ações de saúde visando promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e manutenção da saúde na comunidade. O cadastro dos moradores é feito pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), que são responsáveis por levar as demandas para o conhecimento da equipe de saúde e criar e manter o elo entre unidade de saúde e usuários.

BRASIL (2009) aponta como prioridade a expansão da Atenção Primária em Saúde (APS) por meio da Estratégia de Saúde da Família, além da implementação de políticas de atenção à saúde que priorizem ações de melhoria da qualidade de vida da população e comunidade.

Em 2008 os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) foram criados objetivando auxiliar as equipes de saúde da família e ampliar a abrangência das ações em saúde. O NASF também é composto por uma equipe multiprofissional e deve atuar em conjunto com a ESF compartilhando as práticas em saúde nos territórios (BRASIL, 2013a). Foram determinadas duas modalidades de NASF: o

NASF 1 e o NASF 2. O primeiro é composto por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior de ocupações como nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogo, psiquiatras, terapeuta ocupacional, profissional de educação física e outros. O segundo, pode ser composto por, no mínimo, três profissionais de nível superior. A composição do NASF deve ser definida pelos gestores municipais a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das ocupações (BRASIL, 2013a). As diretrizes do NASF defendem que o trabalho deve dar prioridade ao atendimento interdisciplinar compartilhando saberes, capacitações e responsabilidades possibilitando a construção de conhecimento e experiência aos envolvidos. Entre as metodologias utilizadas para o desenvolvimento do trabalho estão: o Apoio Matricial, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território e a Clínica Ampliada.

O Ministério da Saúde estabeleceu por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) o incentivo as ações de práticas corporais/atividades físicas como um dos seus eixos prioritários para a promoção e prevenção de saúde. Diante disso, o Profissional de Educação Física tem se tornado o protagonista das ações de promoção da saúde na atenção básica do SUS estando entre as cinco ocupações mais recrutadas para a atuação nesses espaços (SANTOS et al., 2014). Desde a regulamentação da profissão de Educação Física, através da Lei 9.696/98, e com a atuação do Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) e Conselhos Regionais de Educação Física (CREFs) o profissional vem conquistando cada vez mais espaço no mercado, principalmente na área da Saúde. O conhecimento da abrangência do NASF e a inserção do profissional de Educação Física permitem identificar as potencialidades e necessidades de mudança para garantia do progresso, e futuramente, do impacto de seus resultados no quadro de saúde da população (SANTOS; BENEDETTI, 2012).

É recomendando que o PEF aborde a temática das práticas corporais/atividades físicas a partir do reconhecimento de suas múltiplas manifestações. É necessário que as equipes de saúde da família e do NASF atuem juntas no planejamento e execução das ações, na construção dos grupos de usuários, na definição das práticas corporais/atividades físicas que serão ofertadas às comunidades, entre outras ações (BRASIL, 2010). A atuação na

promoção, tratamento e reabilitação da saúde envolve integração em uma equipe multiprofissional na qual todos devem atuar de forma conjunta beneficiando o usuário e a comunidade onde está inserido.

Diante do exposto é possível perceber que a presença do PEF no campo da saúde tem se tornado comum e importante, entretanto a formação em Educação Física parece apresentar-se de forma distanciada da demanda imposta pelos serviços públicos de saúde, fazendo com que a atuação do profissional de educação física ainda seja limitada em relação as demais profissões. É necessário que haja articulação entre a formação profissional e as demandas dos serviços de saúde.

2.2 A Formação do PEF para atuação na saúde

A expressão Profissional de Educação Física começou a ser usada na década de 1980 quando a escola deixou de ser quase a única opção de trabalho e foram iniciados os movimentos no sentido de criar uma regulamentação da profissão (PRONI, 2010). O movimento começa prioritariamente pelas universidades públicas e em 1987 criou-se o bacharelado em Educação Física. Apesar da criação do bacharelado a EF ainda não era regulamentada. De acordo com Hunger et al. (2006), o final do século XX foi marcante para a área de Educação Física, devido a promulgação da nova LDB (Lei nº 9.394/96) o reconhecimento como profissional da área de saúde (Resolução nº 218/CNS/97) e a regulamentação da profissão (Lei nº 9.696/98). O CONFEF (Conselho Federal de Educação Física) foi um grande e decisivo marco para a transformação jurídica dos profissionais de Educação Física (ALMEIDA; MONTAGNER; GUTIERREZ, 2009, p. 279).

A Educação Física é caracterizada, segundo Sadi (2005) como uma área de conhecimento com múltiplas possibilidades de intervenção. Elas se realizam por meio da ginástica, dança, luta, esporte, jogos e outras inúmeras possibilidades, e podem ser desenvolvidas em diferentes contextos, tais como escolas, academias, clubes e outros. De uma forma geral, a Resolução CNE/CES 1/2002 e a Resolução CNE/CES 7/2004 definiram as concepções de formação para os dois graus ou títulos acadêmicos, estabelecendo as prioridades para a formação e o perfil profissional (ANTUNES, 2007). Dessa

forma, a formação inicial em Educação Física passa a possuir duas modalidades, onde a licenciatura forma o professor que atua na atenção básica, em escolas; e o bacharel que atua nos demais seguimentos, com exceção da escola, dentro de academias, clubes, empresas, hospitais, inseridos em equipes multiprofissionais.

Santos e Simões (2008) defendem que a qualidade do ensino depende de um fator preponderante que é a equipe de professores. A mesma deve ter competência para que se façam distinção entre conteúdos de temas pertinentes a atuação em educação física. É necessário que haja um equilíbrio do corpo docente na preparação do Projeto Político Pedagógico (PPP). De acordo com a Resolução 07/2004 o graduado/bacharel em EF, por meio do estudo e aplicação do movimento humano, manifestado por diversas formas do exercício físico, deve ser capaz de intervir academicamente e profissionalmente no processo de promoção, prevenção e reabilitação da saúde das pessoas. Ele também deve ser preparado para participar ou gerenciar equipes multiprofissionais de saúde para a operacionalização das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004a).

As novas demandas no campo da saúde, tem impulsionado os pesquisadores da área de formação a estudarem novas formas de conceber saúde nos currículos dos cursos superiores de Educação Física. Em relação a formação da Educação Física para a área da saúde, preocupa-se em aproximar saberes e práticas do campo da educação física com conhecimentos derivados das áreas de investigação em atividade física e saúde (FONSECA; NASCIMENTO; BARROS, 2012, p. 573).

Estudos realizados anteriormente evidenciam que há poucas disciplinas com a temática saúde coletiva sendo ofertadas nos cursos de bacharelado em EF. Além disso, quando há oferta de disciplinas a carga-horaria das mesmas, estas estão muito abaixo do necessário para formar um profissional capaz de intervir com qualidade na atenção primária a saúde. A ausência de espaços para a prática de estágio em serviços de saúde e a falta de preparação do profissional para intervir em ambientes multiprofissionais também são fatores que limitam a atuação do PEF nos serviços de saúde. A falta de aproximação dos graduandos de EF com a realidade dos serviços de saúde no âmbito da atenção primária faz com que estes futuros profissionais não reconheçam esse campo de atuação como parte de sua competência (ANJOS; DURTE, 2009).

Sendo assim, Costa et al. (2012) consideraram que apesar das atuais demandas no âmbito da saúde coletiva para os profissionais em EF, como nas equipes NASF, por exemplo, a formação para atuação neste campo de intervenção ainda é inexistente em muitos cursos de EF das capitais brasileiras.

2.3 Competências do PEF para área de saúde

O conceito de competência não apresenta um consenso entre autores, Coutinho (2011) define que no senso comum competência é uma palavra utilizada para designar que uma pessoa é qualificada para realizar alguma coisa. No campo da Promoção da Saúde competência é definida segundo Dempsey et al. (2010) como uma combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes, a qual possibilita que um indivíduo desempenhe tarefas de acordo com um padrão. O Ministério da Saúde, por meio da elaboração do Perfil de Competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde define competência profissional como a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com a capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades (BRASIL, 2004, p. 5).

Camelo e Angerami (2013) defendem que existem três eixos comuns no que diz respeito aos elementos que compõem a competência profissional, são eles: (a) conhecimentos, entendidos como saber adquirido pelo profissional; (b) habilidades, como o saber específico do profissional; (c) e atitudes também entendidas como saber agir, julgar, escolher e decidir. Espera-se que o profissional de EF tenha competências básicas para intervir de modo seguro, reflexivo e crítico para posicionar-se diante de um problema propondo soluções adequadas.

Estudos da área de EF que abordam a atuação do PEF buscam investigar as competências necessárias para atuação em diferentes contextos, no entanto poucos estudos se referem ao trabalho na atenção básica a saúde. Em seu estudo, Coutinho (2011) através da técnica Delphi elencou competências gerais e específicas do PEF no contexto da atenção básica. As competências foram divididas em três dimensões e seus indicadores: a dimensão dos conhecimentos (conceitual, procedimental e contextual);

dimensão das habilidades (planejamento, comunicação, avaliação, “incentivação” e gestão); e dimensão das atitudes.

Considerando a reorientação do modelo de saúde e a criação do bacharelado em Educação Física, observa-se a necessidade de adequações que permitam fortalecer a formação de maneira a garantir uma formação profissional adequada ao novo contexto de atuação. (FERREIRA et al., 2016). Estudos que objetivam a atuação profissional do PEF na ABS são importantes para identificar as habilidades e competências desses profissionais visando a melhoria da qualidade do atendimento em saúde.

3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa. De acordo com Gil (2002) estudos descritivos tem como objetivo básico descrever as características de populações e fenômenos. Estudos com abordagens qualitativas tem como objetivo entender, descrever e as vezes, explicar fenômenos analisando experiências individuais ou em grupos, sejam elas histórias biográficas ou práticas cotidianas e profissionais. Minayo (2013) define o método qualitativo como uma metodologia que trabalha com o universo dos significados, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. O pesquisador qualitativo interpreta o fluxo do discurso social: falas, silêncios, gestos, ações. Traduz os significados socialmente construídos e interpretados em primeira mão pelo sujeito (JAIME JUNIOR, 2002).

3.2 Participantes da Pesquisa

O município de João Pessoa possui atualmente 34 equipes de NASF que contam com aproximadamente 170 profissionais e cada equipe é formada por 5 a 6 profissionais. Destas, 16 equipes de NASF possuem profissionais de Educação Física em sua composição. Participaram do estudo 14 profissionais de Educação Física do NASF João Pessoa, que foram convidados a participar e obtiveram autorização previa da Gerência de Educação em Saúde da Secretária Municipal de Saúde de João Pessoa. Não houve restrições para a inclusão, exceto aqueles que se recusassem a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou não mostrassem interesse em participar da pesquisa.

3.3 Técnica Utilizada

Utilizou-se como técnica para coleta de dados o grupo focal, uma técnica que permite interação entre as pessoas do grupo. Cruz Neto (2001) define grupo focal como uma técnica em que o pesquisador reúne pessoas que fazem parte

do público alvo de suas investigações com o objetivo de coletar informações a partir do diálogo e debate com e entre eles. Para que o grupo focal seja bem sucedido precisa ser bem planejado, pois visa obter informações. A técnica deve ser aplicada mediante um roteiro, sob a coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação e o ponto de vista de todos e de cada um (MINAYO; COSTA, 2018).

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados dois roteiros contendo questões norteadoras (ANEXOS A e B) que possibilitaram a obtenção de informações referentes aos objetivos propostos pela pesquisa. Deve-se manter a coerência entre o referencial teórico adotado no estudo e a formatação do roteiro dos grupos (TRAD, 2009). O moderador é responsável por liderar a discussão e sua função é a de facilitar o debate entre os participantes. Bauer e Gaskell (2017) defendem que o moderador pode usar recursos de livre associação como materiais de estímulo para provocar ideias e discussão, como estratégia de fazer com que as pessoas usem sua imaginação e desenvolvam ideias e assuntos.

3.4 Produção de Dados

Para realizar a pesquisa, foi solicitada a anuência formal da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. Após a autorização foi realizado o contato com os profissionais, os mesmos foram convidados a para uma reunião na UFPB onde foram apresentados ao projeto do estudo, foram explicados os procedimentos, tiradas todas as dúvidas e foi solicitado a participação dos mesmo através da autorização por escrito do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As reuniões dos grupos focais ocorreram no Prédio da Pós Graduação de Educação Física, na UFPB, no Laboratório de Estudos sobre Corpo, Estética e Sociedade (LAISTHESIS) nos meses de junho e julho. Os profissionais foram dispostos em uma mesa retangular com cadeiras em forma circular onde todos pudessem se ver, entre eles estava o moderador e outros agentes do estudo que estavam responsáveis por observar o comportamento dos participantes e fazer anotações sobre gestos, expressões e palavras chaves.

Cada sessão contou com duração de 90 a 120 minutos, utilizou-se uma câmera e gravador de áudio como o objetivo de registrar os encontros e as informações coletadas nas rodas de conversa e facilitar o processo de análise das informações posteriormente.

3.5 Análise dos dados

O conteúdo proveniente dos grupos focais foi submetido a análise tendo como referencial Bardin (2012) que define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A autora indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: a pré-análise que corresponde a fase de organização, na qual é feita a leitura flutuante do material e são escolhidos os documentos a serem analisados e formuladas as hipóteses e objetivos; a exploração do material que consiste em codificar e classificar em categorias os conteúdos encontrados e a terceira fase que consiste no tratamento dos resultados obtidos e na interpretação dos dados (BARDIN, 2012).

As categorias foram divididas em quatro unidades temáticas: a formação; competências para o trabalho no NASF; o trabalho do PEF do NASF e finalidades do trabalho do PEF do NASF.

3.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi estruturada respeitando as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução de nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Teve a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa-PB para sua realização e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPB sob o registro de nº 3.357.688.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Formação

A reorientação da formação dos profissionais de saúde integra o debate crítico sobre o cuidado em saúde, bem como as relações da realidade social e epidemiológica da população. Isso é feito com novos modelos curriculares, abordagens interdisciplinares, trabalho em equipes multiprofissionais e maior tempo de inserção no mundo do trabalho (BRASIL, 2004).

Entretanto, a formação em Educação Física apresenta-se de forma distanciada da demanda imposta pelos serviços públicos de saúde. Paiva et al. (2006) afirmam que a formação possui uma tendência generalista para abranger diversidade da ação profissional; por uma estrutura curricular que beneficia a fragmentação do conhecimento e a valorização de disciplinas de cunho biológico em detrimento do conteúdo disciplinar das Ciências Humanas; e pela ênfase na formação técnico-esportiva.

Na fala dos participantes, é possível identificar as deficiências da formação inicial em relação ao trabalho em saúde. As disciplinas ofertadas pelos cursos não apresentavam conteúdos relacionados a Saúde Coletiva, SUS, Atenção Primária à Saúde, NASF, Equipe de Saúde, Trabalho Multiprofissional e outros.

*“Eu acho que o curso da gente não preparou em nada”
(Participante F)*

*“[...]até eu entrar, me candidatar ao emprego do NASF eu nunca tinha ouvido falar do NASF e muito menos saber como é que funcionava uma equipe de saúde, como é que funcionava o SUS. Acho que isso aí é um erro não só do curso, do nosso curso, acho que é da maioria dos cursos de saúde né?! [...]”
(Participante F)*

De acordo com os participantes as contribuições da graduação para a atuação no NASF estão relacionadas ao trabalho com grupos operativos. A disciplina de Atividade Física para Grupos Especiais foi citada como uma contribuição, a partir dos conhecimentos adquiridos nesta disciplina os participantes afirmaram que sabem lidar melhor com usuários diabéticos e hipertensos.

“É, (a disciplina) ajudou nessa questão aí de educação física, grupos especiais, você saber como lidar com hipertensos, diabéticos, isso aí a gente tem muita necessidade dentro do NASF né? Identificar esse público e querer inserir nele a prática de atividade física como melhora de qualidade de vida né?” (Participante F)

Em relação a formação continuada alguns participantes mencionariam que participaram de uma capacitação, realizada pela UFPB em parceria com a Prefeitura de João Pessoa, com duração de uma semana que aconteceu no Hospital Geral Santa Isabel. A capacitação abordou conteúdos relacionados a Gestão em Saúde com ênfase em Apoio Matricial e tratou assuntos como saúde da mulher, conhecimento de rede e funcionamento das UBS. No entanto, a capacitação não era específica para o núcleo da educação física e abordava as questões de forma mais ampla direcionadas a gestão e o trabalho no campo da saúde.

“Essa capacitação foi do NASF, pra gente trabalhar como NASF nas UBS [...] falou um pouco sobre políticas públicas, falou também sobre o SUS, falou questão assim, várias abordagens né? Explicou sobre a rede, o funcionamento da rede” (Participante G)

“ [...] enquanto formação a gente teve uma especialização não específica né que foi pela federal e a prefeitura que era Gestão em Saúde com ênfase em apoio matricial onde realmente eu achei bastante valido, porque a gente conheceu a rede do município na época, é a saúde da mulher, a gente sempre fazia essas discussão e no final tinham os produtos finais onde cada um escolhia o tema né pra tá apresentando esse trabalho final e realmente a gente discutiu especificamente, era vários grupos essas especialização, já faz o que? 6 anos? Faz um tempinho, é por isso que eu não tô me recordando muito, enfim essa especialização a gente conheceu um pouquinho da rede, discutiu um pouquinho do NASF, discutiu um pouquinho da rede de atenção do município foi bem válido. Então acho que acrescentou muito [...]” (Participante H)

Nos últimos anos com as diversas iniciativas do poder público a educação física ganhou destaque (PASQUIM, 2010). Com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a criação do NASF, das Academias de Saúde e dos demais programas de promoção à saúde, o campo de atuação do PEF foi ampliado em função da importância atribuída as práticas corporais/atividades físicas. Essas transformações que ocorreram na área contribuíram para a

necessidade de estudos sobre a formação profissional do graduando em educação física (SANTOS; SIMÕES, 2008).

Santos et al. (2014) afirmam que a formação profissional retrata uma preocupação do setor da saúde, pois, nos últimos tempos, tem sido feita aplicações para a melhoria de pessoal, em conformidade com as demandas decorrentes do SUS. Os mesmos autores relatam que a inserção da Educação Física na saúde tem sido crescente, sendo assim, repensar a formação não seria apenas uma necessidade, mas uma prioridade para garantir a valorização, permanência e ampliação das possibilidades de inclusão da categoria na saúde coletiva e, conseqüentemente, a qualificação da atenção à saúde (SANTOS et al., 2014).

O sucesso do sistema brasileiro de saúde pública depende diretamente da formação dos profissionais que nele atuarão, os quais precisam ser formados em consonância com as diretrizes e princípios do SUS (SCABAR et al. 2012; LEMOS; FONTOURA, 2009). No entanto, apenas em 2018 as diretrizes curriculares evidenciaram a formação de um profissional para atuar no campo da saúde determinando que a formação do Bacharel em Educação Física deve estar em consonância com o trabalho no SUS (BRASIL, 2018).

Pasquim (2010), ao analisar como está sendo realizado o ensino de saúde coletiva nos cursos de graduação de Educação Física da Universidade de São Paulo (USP) e Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) pôde constatar que a saúde coletiva é uma disciplina marginalizada nos cursos. O curso da Unicamp possui apenas uma disciplina obrigatória relacionada a temática saúde coletiva, com carga horária de 30 horas. Uma disciplina com carga horária de 60 horas é oferecida para alunos que optam por se especializar em Treinamento e Esportes. Conclui-se que os graduandos tem contato com conhecimentos relacionados a saúde coletiva, porém a carga horária de disciplinas específicas está muito abaixo do necessário para formar um profissional capaz de intervir com qualidade na atenção primária a saúde, bem como não há aproximação dos discentes com a realidade dos serviços de saúde, fazendo com que esse campo de atuação não seja reconhecido como parte de sua competência (SILVA, 2016).

O contexto do curso de Bacharelado da USP não apresenta diferenças ao da Unicamp. Embora o curso dê indícios de intervenção do egresso no

processo de promoção e melhoria da qualidade de vida, há apenas uma disciplina específica obrigatória, denominada “Fundamentos de Saúde Pública em Educação Física”, com carga horária de 30 horas (PASQUIM, 2010). Diante disso, mais uma vez fica evidente que a visão que se tem de saúde, nos cursos de Educação Física, é aquela que prioriza a dimensão biodinâmica do movimento humano. Sua atuação é limitada, exclusiva ao núcleo de conhecimento desse profissional (ANJOS; DUARTE, 2009).

Falci e Belisário (2013) desenvolveram um estudo que objetivou analisar a inserção do PEF no NASF no estado de Minas Gerais. A constatação foi de que apesar da inserção ser positiva para a profissão e para os serviços de saúde há fragilidade na formação desses profissionais para a atuação na atenção primária. O estudo de caso foi desenvolvido no contexto do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais (CEABSF/UFMG). Essa especialização era ofertada para médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas já vinculados às Equipes de Saúde da Família. Para a coleta de dados, os autores aplicaram a técnica de grupo focal em 15 profissionais de EF que se encontravam na fase final do CEABSF e que possuíam experiência com atuação na atenção primária à saúde. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais com o representante da coordenação do CEABSF, com o representante da coordenação do curso de graduação em EF/UFMG – Bacharelado, e com o representante da presidência do CREF6/MG (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

De forma geral, os pós-graduandos indicaram que a formação que obtiveram em sua respectiva graduação foi insuficiente para capacitá-los com qualidade para a intervenção no âmbito da atenção primária. Na visão deles, os recém-formados ainda encontrarão dificuldades na atuação neste campo de intervenção, pois acreditam que esta deficiência ainda persiste nas graduações em EF, as quais ainda adotam o modelo biologicista do cuidar da saúde (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

Apesar da evidente necessidade de reestruturação da formação em educação física para atuação no campo da saúde e das propostas de mudanças, os estudos demonstraram que as perspectivas biologicista e medicalizante ainda configuram a base da formação do profissional de EF para atuação no âmbito da saúde (FREITAS; CARVALHO; MENDES, 2013). Como consequência, ações de

saúde da EF acabam sendo centradas na prescrição de diagnóstico e avaliação, com a aplicação de protocolos norteados por parâmetros puramente biológicos (SCABAR et al., 2012).

Competências para o trabalho no NASF

As competências devem preparar o profissional para o atender em suas funções as necessidades expressas ou não da população. Durand (2000) dividiu as competências em três dimensões: conhecimentos, habilidades e atitudes. As competências resultantes da coleta de dados foram divididas entre as três dimensões e seus indicadores: a dimensão do conhecimento, que diz respeito ao saber do profissional; a dimensão das habilidades, o fazer do profissional e a dimensão das atitudes.

As competências apresentadas neste tópico foram divididas entre competências da dimensão do conhecimento e habilidades. As competências da dimensão das habilidades foram divididas em duas categorias: habilidade de comunicação e habilidade de gestão.

Dimensão do Conhecimento

As competências da dimensão do conhecimento estão relacionadas ao domínio das teorias envolvidas na construção do conhecimento específico para a área de atuação (COUTINHO, 2011). De acordo com os participantes as principais competências desta dimensão para o trabalho no NASF é o conhecimento da rede de atenção à saúde e o perfil da comunidade. Para eles o conhecer o funcionamento da rede, entender como funciona a atenção básica à saúde, os equipamentos públicos e sociais, o que é primário, secundário e terciário, é extremamente importante para desempenhar o trabalho, seja do PEF ou de qualquer outro profissional do campo da saúde. Conhecer o perfil da comunidade também é uma competência destacada nas falas, já que segundo eles, o profissional deve oferecer um serviço que combine com as características da população.

“Eu acho que em primeiro lugar conhecer a rede de atenção à saúde, né já que você vai tá ali com a comunidade no dia a dia acho que é importante você conhecer um pouquinho da rede, do que é atenção básica, conhecer a rede, o funcionamento da rede né? Os equipamentos sociais, o funcionamento do que é primário, secundário, terciário, até pra está também fazendo essa discussão e matriciando tanto com a comunidade quanto com a equipe né, o matriciar que também faz parte do processo de trabalho do NASF seja o educador físico ou qualquer outro núcleo.” (Partipante H)

“[...]a gente também tem o conhecimento daquela população local né, porque cada localidade tem suas particularidades. Então você tendo esse raio-x também, de forma tanto individualizada como compartilhada, a partir desse raio-x você vai ter condições de ter o mapeamento do perfil daquela população e a partir daí você, através do conhecimento, você começa a construir políticas para melhorar a qualidade de vida daquela localidade. Um exemplo, se existe uma incidência grande de hipertensos e diabéticos, a gente sabe onde a gente pode estar agindo né, com a parte da orientação e também da prática da atividade física [...]” (Participante A)

“O perfil epidemiológico do território... Fazer um mapeamento do território né, como um todo” (Participante H)

De acordo com Coutinho (2011), as competências citadas estão relacionadas as competências de conhecimento contextual, que diz respeito às características particulares do ambiente onde o profissional desempenha suas funções bem como dos usuários das UBS com a qual se atua. É necessário que o PEF entenda como está organizado o sistema de saúde brasileiro, para que seu trabalho seja estruturado tendo em mente os diferentes níveis de atenção – primária, secundário, terciária – e os diferentes níveis de gestão – federal, estadual e municipal (COUTINHO, 2011)

O PEF também deve conhecer os serviços oferecidos pelo município e fora dele, na UBS de referência, conhecer o contexto de onde irá desempenhar sua função e estar informado referente as suas responsabilidades enquanto profissional de saúde da unidade. (COUTINHO, 2011) A Política Nacional de Atenção Básica destaca a importância de se conhecer o sujeito e o entorno onde as relações são estabelecidas, de forma a desenvolver intervenções contextualizadas, apontando para um olhar mais abrangente sobre as práticas desenvolvidas (BRASIL, 2011).

Habilidade de Comunicação

A dimensão das habilidades está relacionada ao fazer, as ações que o profissional realiza dentro do seu ambiente de trabalho. A dimensão das habilidades de comunicação enfoca a capacidade de transmitir conteúdos de forma clara e concisa (COUTINHO, 2011). As falas dos participantes revelaram a importância da escuta como forma de criar vínculos com a comunidade e com os usuários.

“Eles se sentem importantes porque eles se sentem bem cuidados. Saber escutar é cuidar deles, se preocupar com eles, ter atenção entendeu? É tudo isso. Eles se sentem amados, se sentem acolhidos, interagindo dentro da sociedade, não se sentem excluídos.” (Participante D)

“Muitas vezes eles relataram, como já foi falado aí que na casa deles as vezes os filhos esquecem e eles ficam lá, a mercê sem fazer nada. E quando tá ali, a gente, os profissionais, a gente dá atenção, escuta, as vezes a gente tá ali... Acontece, principalmente a gente que trabalha muito com idoso né?” (Participante E)

Segundo Coutinho (2011) ao se discutir a dimensão da habilidade de comunicação, é imprescindível destacar a importância da escuta, tendo em mente que muitos problemas em saúde podem ser detectados com maior completude a partir das informações que os usuários trazem. O mesmo autor ainda afirma que recorrer a escuta ampliada para ouvir o usuário é fundamental para identificar diferentes necessidades, seja de ordem biológica, psicológica ou sociocultural (COUTINHO, 2011).

Outra competência associada as habilidades de comunicação que foi destacada na fala dos participantes foi a capacidade de convencimento e/ou incentivo as práticas corporais e atividades físicas. Os participantes citaram que muitos usuários ainda apresentam resistência as práticas. A falta de informação sobre os benefícios das atividades físicas para a saúde e o modelo biologicista e medicalizante de saúde são motivos para essa resistência. Eles citam ainda que é preciso que o profissional tenha jogo de cintura e capacidade de convencimento para reverter a situação.

“Como reverter esse quadro né? Você vai lá fazer um alongamento na sala de espera com os usuários aí quando você vê sai um de cantinho, sai outro de cantinho e fica só três lá. Aí tem que ter aquele jogo de cintura, eu não sei a palavrinha certa né?! Flexibilidade...” (Participante J)

“Eu não sei se seria a resposta adequada, mas seria a capacidade de convencimento da importância da atividade física na vida do indivíduo, se uma vez ele experimentando, ele praticando atividade física regularmente daqui a três meses, por exemplo, será que ele seria a mesma pessoa que ele é? A questão de “Fulano” que ele falou, eu passo muito por isso na UBS a gente vai fazer uma sala de espera e o pessoal... ‘eu quero um médico’, ‘que horas eu vou ser atendido?’, ‘Qual é a minha vez?’” (Participante A)

Habilidade de Gestão

As competências elencadas para representar a dimensão da habilidade de gestão requerem do profissional que ele seja capaz de racionalizar e gerir recursos no que diz respeito a pessoas, espaços, tempo e materiais (FEITOSA; NASCIMENTO, 2003). A capacidade do profissional atuar em equipes (multi-inter-transdisciplinar) é uma das competências mais importantes do trabalho no SUS.

“[...] a gente atua de forma interdisciplinar e descentralizado, ou seja, nós estamos diante de uma equipe de saúde onde tem vários profissionais com várias habilidades, partindo do médico, do enfermeiro, tudo e a gente procura se inserir, se integrar e a realizar as ações de forma interdisciplinar, com cada um fazendo a sua parte. Se o profissional enfermeiro chega lá com a sua parte técnica, nós entramos com a dinâmica [...]” (Participante I)

O trabalho interdisciplinar necessita de articulação entre as equipes para que os resultados sejam exitosos. Os participantes destacaram em suas falas a necessidade da articulação para a realização dos serviços. Eles citam a carência de profissionais para executar e dar continuidade nas ações interdisciplinares e que esse processo causa desconforto na relação usuário/profissional, pois muitas vezes os projetos não têm continuidade devido à falta de profissionais.

“Um exemplo que eu posso citar em relação a unidade que eu trabalho lá no Valentina 3. Lá tem um grupo de obesos né, tem um grupo lá, então tinha um colega de trabalho que é nutricionista e eu sou educador físico, geralmente quando a gente ia fazer alguma palestra, alguma coisa relacionado tanto na atividade física quanto na nutrição, a gente fazia junto, agora por exemplo, ele saiu, ele foi para outro distrito, ele foi para o distrito dois e o pessoal perguntou assim “E o grupo? Acabou?” A gente tem aquela carência de não suprir de instante o outro profissional que tá faltando, no caso, o nutricionista né? Porque a gente trabalhava junto nesse projeto, então ele saiu e é todo um procedimento pra vir outra pessoa, pra assumir o grupo com a gente, entendeu? [...]” (Participante G)

“É, você tem que ter articulação porque não pode chegar lá com o problema, tem que chegar com a solução.” (Participante K)

“[...] Num caso muito específico, se não tem nutricionista no NASF dele, já que saiu, aí ele já tem que articular com esse profissional de outra equipe NASF pra tá participando desse encontro entendeu? Então é articulação entre as equipes.” (Participante H)

O Trabalho do PEF no NASF

Em relação ao trabalho que os profissionais exercem no NASF os participantes afirmaram que atuam em dupla função: como PEF do NASF e como gerente de saúde do território.

“[...] como a gente tem essa dupla função, como PEF e como gerente né [...]” (Participante A)

A função gerencial tem como propósito o desenvolvimento e a eficiência organizacional. No caso da saúde, o gerente deve utilizar o conhecimento para planejar, programar, desenvolver, controlar as atividades realizadas nas unidades básicas de saúde, cumprindo com a missão social e humana, promovendo e protegendo a saúde da população (LAZZAROTO, 2001). Segundo a fala dos participantes a função de gerente de saúde é uma das dificuldades que eles enfrentam em seu cotidiano de trabalho, pois ao atuar na gerência eles ficam responsáveis por todas as questões administrativas da UBS, desde férias dos funcionários a serviços de manutenção da unidade.

“Bom eu sei que gerente você faz de um tudo de administração, de férias de funcionário, de frequência, de material médico-hospitalar, de manutenção de ventilador que quebrou, a vigilância que chegou e notificou, você responde por tudo! Você responde por tudo, isso é um peso muito grande, você tem que saber de tudo, tudo.” (Participante L)

“Quando começou esse negócio de gerente, no começo de 2017, aconteceu que assim o pessoal de muitas unidades de saúde, coisas básicas que eles mesmo poderiam resolver e era “fale com o gerente, tem que ser com o gerente” coisas básicas mesmo.” (Participante E)

Alguns participantes afirmaram que o acúmulo de funções interfere no desempenho das outras atividades que eles desempenham na UBS, seja as atividades de apoio matricial ou em grupos operativos.

“E até essa situação nessa dupla função você acaba que as vezes nem desempenha, pronto você tá num grupo ou tá num grupo de idosos e você é gerente de uma unidade então você é funcionário ligando, aperreando, mandando mensagem você acaba que não fica naquele 100%, fica aquela preocupação, o agente de saúde “ah porque a medica, não sei o que”, aí a enfermeira... Tudo é só em cima, então isso aí é complicado, você não desempenha porque é gente ligando e se você não atender é como se você tivesse desocupado.” (Participante E)

Souza e Loch (2011) realizaram um estudo que teve como objetivo verificar as características de intervenção dos profissionais de educação física inseridos no NASF em municípios do norte do Paraná. Os autores concluíram que há necessidade de novos direcionamentos para aumentar a cobertura do atendimento, uma vez que a inserção do PEF na atenção primária foi um facilitador para o aumento das chances dos indivíduos serem fisicamente ativos. Outro achado importante deste estudo refere-se as atividades desenvolvidas pelos profissionais nas UBS, seis dos sete sujeitos entrevistados realizam seu trabalho no NASF através de atividades físicas desenvolvidas em grupos (SOUZA; LOCH, 2011).

Em seu estudo Ferreira e colaboradores (2016) analisaram a percepção de Profissionais de Educação Física (PEF) inseridos no NASF sobre as funções e a efetividade da intervenção multiprofissional nas equipes no Município de São Paulo. O estudo foi composto por oito profissionais com experiências no NASF

e foi utilizada uma entrevista semiestruturada para obter informações. Os resultados apresentados por esta pesquisa apontam que a inserção do PEF é relevante nas equipes NASF, pois representam uma área de conhecimento e intervenção habilitada para desenvolver ações e programas de educação em saúde, sendo a promoção à atividade física e modos de vida saudáveis, parte constituinte deste processo. Em relação as funções que os profissionais podem assumir na equipe, eles apontaram: ministrar sessões de atividade física e exercício físico, realizar avaliação física, orientar para hábitos saudáveis, trabalhar na prevenção de doenças, ampliar o campo de pesquisa, auxílio na saúde mental, melhora do desempenho e trabalho social (FERREIRA et al., 2016)

Ao analisar os resultados das pesquisas citadas acima pode-se constatar que a função de gerente de saúde não é comum ao profissional de educação física do NASF de outras regiões.

Em relação aos atendimentos em grupos ou individuais os participantes citaram a importância dos grupos operativos para os usuários e comunidade, que através deste trabalho eles conseguiram mudar a vida de muitos usuários e de como é gratificante o trabalho com os grupos operativos. Estas atividades são realizadas conforme as necessidades do território. Além disso, citaram também as atividades que desempenham nas comunidades como avaliação física, treinamento funcional, hidroginástica, danças, atividades de alongamento, atividades aeróbicas, pilates e jogos populares.

“Então o usuário que chega a gente faz a avaliação física, nas atividades a gente incorpora um pouco da aeróbica em outro momento a gente já traz dança, em outro momento a gente já traz atividades resgate lá do pilates, atividades de solo de acordo com a estrutura que a gente tem, a utilização de jogo né? Jogos populares resgatando também um pouco dessa cultura deles, dessa tradição deles.” (Participante C)

“[...] O treinamento funcional, a hidroginástica [...]” (Participante D)

Apesar das experiências exitosas com as atividades em grupos operativos, é preciso problematizar que este trabalho já constitui como prática de alguns PEF do NASF no país, Martinez (2014) afirma que assumir os grupos na unidade de saúde pode gerar um trabalho isolado do PEF, desintegrado do

trabalho geral, dos projetos da equipe NASF e do trabalho conjunto com as equipes de ESF. Rodrigues et al. (2013) em seu estudo concluiu que o trabalho com grupos operativos possui implicações positivas e negativas. Ao trabalhar com atividades físicas voltadas a grupos sintomáticos (idosos, hipertensos e diabéticos), os agravos são minimizados, por outro lado há a exclusão de pessoas sem enfermidades, mas que também poderiam ser beneficiadas pela prática de atividade física na prevenção de fatores de risco (RODRIGUES et al., 2013).

A avaliação física também é citada como parte do atendimento dos PEF. As diretrizes do NASF citam que intervenções como a avaliação física e a prescrição de exercícios devem ser distribuídas de modo a não comprometer as demais atividades, não promover fila de espera e nem reter o profissional na sala da UBS ou de outro espaço escolhido na maior parte do tempo (BRASIL, 2009). Apesar dos participantes realizarem a avaliação física dos usuários eles comentam que não são orientados a fazer. É uma escolha do profissional. Também não existe um protocolo ou instrumento padrão para a avaliação, eles relataram que utilizam modelos prontos.

Outro elemento que os participantes citaram foi a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), uma das ferramentas tecnológicas dos NASF. O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário (BRASIL, 2009).

“O NASF tem uma questão também lá que a gente trabalha não sei se foi passado já chamado de PTS, Projeto Terapêutico Singular, então esse projeto aí as vezes o educador físico... Mas geralmente é com o grupo NASF por exemplo NASF 33 o território, então são multiprofissionais que vão na residência de determinada pessoa e vai fazer aquele trabalho, no caso no usuário com pacientes de obesidade mórbida que a gente já pegou um caso lá, então vai uma equipe multiprofissional fazer esse trabalho a gente preenche uma ficha de PTS, faz esse trabalho, e se não me engano, não sei se é um mês ou são 3 meses, e após 3 meses o pessoal vai lá novamente, também com a enfermeira que fica na unidade de saúde e chamou e o médico que fez a solicitação. Aí depois vai fazer a conclusão da entrega do PTS” (Participante G)

No entanto, os participantes desta, não informaram se a construção do PTS é uma atividade rotineira, se são incentivados a participar desse projeto, a quantidade de projetos construídos no decorrer do ano ou outras informações em relação a isso.

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente, é dedicado a situações mais complexas. Em verdade, é uma variação da discussão de “caso clínico” (BRASIL, 2009). Por depender da contribuição de várias especialidades e profissões distintas, é uma ótima ferramenta para o trabalho interdisciplinar.

Silva e colaboradores (2013) elaboraram um estudo cujo objetivo foi discutir o PTS no contexto da multiprofissionalidade ressaltando a importância dessa estratégia como prática a ser incorporada na rotina dos serviços de saúde no âmbito do SUS. A conclusão foi de que transforma as práticas de cuidado e também fortalece o papel da equipe multiprofissional ao permitir a troca de saberes e promover uma atenção integral centralizada nas necessidades das pessoas em seu contexto social. Outra dado conclusivo neste estudo é o de que a construção do PTS como uma atividade rotineira a ser desenvolvida nos serviços de saúde uma vez que o mesmo busca atender às demandas de saúde complexas e a articulação de saberes e troca de conhecimentos entre a equipe, e possibilita autonomia ao usuário (SILVA et al. 2013).

Finalidade do Trabalho do PEF do NASF

De acordo com as diretrizes do NASF as ações de práticas corporais e atividades físicas, devem objetivar a promoção e o desenvolvimento do lazer, da inclusão social, o trabalho interdisciplinar e em equipe, ações que favorecem a coletividade, ações de educação em saúde e outros (BRASIL, 2009). A fala dos participantes reafirma que o trabalho no NASF tem como finalidade a promoção, prevenção e recuperação da saúde através de atividades físicas e práticas corporais. Além disso, a partir da intervenção em grupos operativos, os profissionais conseguem trabalhar com os usuários, questões comportamentais incentivando o respeito entre pessoas diferentes, promovendo socialização,

inclusão e mediando conflitos. Ao serem questionados sobre suas percepções, enquanto PEF do NASF, em relação ao papel da educação física para a sociedade eles responderam o seguinte:

“A questão da promoção da saúde, a questão da formação do cidadão que eu acho que não sei se foi citado aqui. Porque você também trabalha dentro da educação física, você trabalha valores, quando você tá trabalhando regras você tá implementando valores né? Então assim é como já foi falado, não é uma formação do indivíduo, só o corpo, é o indivíduo como um todo. É corpo, é mente é entender o outro. [...] você vai precisar realmente ter um conhecimento amplo, não apenas da educação física, a gente trabalha é o companheirismo, a autoestima, o respeito. São valores que vão agregando que a educação física tem parte também [...]” (Participante A)

“Sim, outra coisa, é em relação de agregar né, de não ter exclusão. Assim o papel da gente também, escolar, vamos dizer na escola, a gente vê muito bullying muita coisa né, então a gente trabalhar as diferenças né, e nesse papel a gente também pode atuar nessa parte social.” (Participante B)

“É também eu vejo como esse papel [...] de agregar, de juntar e promover socialização e bem estar e aí partindo do pressuposto né, dos trabalhos em grupos lá nos espaços da saúde, lá das unidades.” (Participante C)

Os participantes também relataram a importância da conscientização da população em relação aos benefícios da prática de atividades físicas. Segundo eles, o ambiente do NASF ainda apresenta características muito biomédicas onde os usuários veem o médico como o principal sujeito da UBS, sendo assim é importante que os usuários conheçam o trabalho do PEF, quais seus objetivos e quais os benefícios das atividades para a melhoria da saúde física e mental.

“[...]além da gente promover através dos exercícios, uma melhor qualidade de vida, o importante é a gente falar pro nosso público quais são os benefícios daquela atividade física, certo? Porque a atividade física, ela reduz a ansiedade, ela aumenta a autoestima, ela combate o isolamento social, ela controla a hipertensão, ela combate a diabetes e tudo isso. As pessoas as vezes não sabem, então elas, essas pessoas que não sabem, sobre esses conteúdos, elas acham que o papel da gente é só botar eles pra correr e pronto, só que é importante o profissional falar o porquê ele tá fazendo aquela atividade [...]” (Participante D)

“Eu acredito até, complementando o que o colega falou, a respeito até a motivação do próprio aluno, o que quer que seja, porque ele as vezes não tem esse conhecimento né, dessas vantagens de fazer uma atividade física, então ele só vai, não porque o médico pediu e ele não sabe assim porque mesmo. Mas quando ele tem esse conhecimento da importância do exercício físico, nesse contexto, ele se sente mais motivado e vai cada dia mais praticando o exercício.” (Participante E)

O papel e a finalidade do PEF no campo da saúde tem se ampliado e modificado muito rapidamente nos últimos anos. Um dos principais motivos é o destaque que a atividade física vem recebendo nas políticas públicas de enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de promoção da saúde, no cenário mundial e no Brasil (ANDRADE et al. 2014). No Brasil, as DCNT's se tornaram a principal prioridade na área da saúde, devido ao aumento da prevalência de diabetes, hipertensão e excesso de peso.

Estudos comprovam que a prática de atividade física regular e orientada contribui para a redução dos riscos dos indivíduos serem acometidos por estas enfermidades. Diante disso, Nahas (2003) elenca que entre os benefícios da atividade física estão: a redução do risco de morte por doenças cardíacas; redução do desenvolvimento da diabetes, hipertensão, depressão e ansiedade; mantém a autonomia e independência do idoso; desenvolvimento de ossos, músculos e articulações saudáveis; auxilia na manutenção da força muscular e equilíbrio do idoso diminuindo a incidência de quedas.

A realização de práticas corporais como tratamento não farmacológico de doenças crônicas é um dos objetivos da atuação do profissional de educação física, pois acarreta na promoção da saúde e prevenção de agravos evitando que o usuário seja encaminhado para a atenção secundária e/ou terciária. Diante disso, iniciativas que visam a melhoria do bem-estar e a redução dos caso de

doenças por meio da atividade física são prioridade. Órgãos responsáveis pelas políticas públicas de saúde começaram a ter um olhar mais atento sobre a importância da atividade física e conjunto dos programas e das ações sob a sua gestão (SANTOS et al. 2014; AZEVEDO et al., 2010).

Sendo assim, deve-se incentivar a população a adotar hábitos mais saudáveis no dia-a-dia, ampliando o conhecimento das pessoas, informando sobre comportamentos que podem gerar saúde ou adoecimento levando em consideração aspectos culturais, econômicos, políticos e sociais daquela região para que possam alcançar melhores resultados com a prática da atividade física.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo objetivou compreender o trabalho do profissional de educação física do NASF e analisar as colaborações da formação inicial no processo de trabalho do profissionais. Diante do atual contexto com a crescente inserção do profissional de educação física nos serviços de saúde e as políticas públicas de saúde dando ênfase às práticas corporais/atividades física, é importante compreender o trabalho desse profissional, assim como analisar se a formação deles está alinhada com os princípios e diretrizes do SUS.

A partir dos achados dessa pesquisa, em relação a formação profissional para atuação no âmbito da saúde, foi possível constatar que a formação apresenta-se distanciada da demanda imposta pelos serviços públicos de saúde, deficiências como a carência de disciplinas ofertadas com temáticas relacionadas ao SUS, baixa carga horária e aprofundamento teórico em disciplinas relacionadas ao tema e a falta de estágio nos serviços públicos de saúde, impossibilitando a vivência dos graduandos nestes campos de atuação. Outro dado importante diz respeito a disciplinas como “Atividades físicas para grupos especiais”, como foi citado pelos participantes, auxiliam no trabalho com grupos operativos do NASF, no entanto não apresentam conteúdos ligados diretamente a saúde coletiva.

O NASF apresenta-se como um novo campo de atuação do profissional de Educação Física, considerando o reconhecimento como profissional da área de saúde em 1997 e a criação do NASF em 2008, sendo assim é necessário que a formação seja repensada e reformulada visando atender às demandas dos serviços públicos de saúde, alinhando-se aos princípios e diretrizes do SUS.

Em relação a atuação profissional no NASF, os resultados indicam que os profissionais atuam como NASF coordenando grupos operativos, realizando palestras nas UBS, dando apoio as equipes de referência e atuando na elaboração de PTS, concomitantemente gerentes responsáveis pelo funcionamento das unidades de saúde resolvendo questões administrativas.

A atuação como gerente de saúde é o grande desafio que os profissionais enfrentam pois, de acordo com os relatos, a demanda administrativa é muito grande e urgente, o que resulta uma atuação insatisfatória. Em seu estudo, Rodrigues e colaboradores (2013) destacaram que o tipo de

contrato de trabalho referido ao PEF era, na maioria das vezes, de caráter temporário, o que gera instabilidade para os profissionais. Diante disso, sugere-se a melhoria dos contratos de trabalho e a estabilidade profissional como elementos iniciais para melhorar a atuação do PEF no NASF.

A atuação do PEF é importante e complementar, porém apresenta deficiências devido a formação insuficiente para o trabalho no sistema de saúde brasileiro e as instabilidades profissionais dentro do NASF do município de João Pessoa.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. A. B.; MONTAGNER, P. C.; GUTIERREZ, G. L. **A inserção da regulamentação da profissão na área de Educação Física, dez anos depois: embates, debates e perspectivas.** Movimento, Porto Alegre, v. 15, n.3, 2009. P. 275-292.
- ANDRADE, D.R.; COSTA, E.F.; GARCIA, L. M. T.; FLORINDO, A. A. **Formação do bacharel em educação física frente à situação de saúde no Brasil.** In: BENEDETTI, T. R. B.; SILVA, D. A. S; SILVA, K. S. da. NASCIMENTO (org.). A formação do profissional de Educação Física para o setor saúde. Florianópolis: Postmix, 2014. P. 89-108
- ANJOS, T.C., DUARTE, A.C.G.O. **A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional.** Physis: Revista de Saúde Coletiva.v.19, n.4, 2009.
- ANTUNES, A. C. **Mercado de trabalho e Educação Física: aspectos da preparação profissional.** 2007.
- AZEVEDO, L. F.; OLIVEIRA, A.C.C. de; LIMA, J. R. P. de; MIRANDA, M. F. **Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de educação física na atenção básica a saúde.** Rio de Janeiro: CONFEF, 2010.
- BAHIA, L. Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.) **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2. ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro: EPSJV, p. 357- 363 2008.
- BAUER, M. W.; GASKEL, G. (orgs.) **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.
- BARDIN, L. **Análise do conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2012.
- BRASIL. Lei Federal 9696 de 1º de setembro de 1998. **Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física.** Brasília: Diário Oficial da União, 02 de setembro de 1998.
- BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set 1990.
- BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.** Diário Oficial da União, 20 de dezembro de 1996.
- BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da**

saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 7, de 31 de março de 2004. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena.** Diário Oficial da União, 05 de abril de 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Educação Física.** Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família: Conceitos e Diretrizes.** 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 719, de 07 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde – 3. ed. –** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Básica; n. 27 - Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília, DF, 2009.

CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. **Articulação com o segmento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS.** In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul.* Porto Alegre: DaCasa, 2002. p. 163-177.

CAMELO SHH; ANGERAMI ELS. **Competência profissional: a construção de conceitos, Estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e Implicações para a enfermagem.** Revista Contexto & Enfermagem; v. 22, n. 2, p. 552-60, 2013.

CARVALHO, J.C.S.; SILVA P.O.; CRUZ B.S.; SANTO G.E. **NASF: os professores de Educação Física conhecem?** EFDeportes Revista Digital, Buenos Aires. 141:1-7. 2010.

COUTINHO, S. S. **Competências do profissional de Educação Física na Atenção Básica a Saúde.** Ribeirão Preto. 2011. 207f. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

COSTA, L.C. et al. **Formação profissional e produtividade em saúde coletiva do Profissional de Educação Física.** Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde, v.17, n.2, p.107-113, 2012.

CRUZ NETO, O. **O trabalho de campo como descoberta e criação.** In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 51-64

DEMPSEY, C.; BARRY, M.; BATTEL-KIRK, B. **CompHP Literature Review Developing Competencies for Health Promotion Part 1.** Galway: Executive Agency Health Promotion and Consumers and National University of Ireland Galway, 2010.

DURAND, T. **L'álchimie de la compétence.** Revue Française de Gestion, n. 127, p. 84-102, jan./fev. 2000

FALCI, D.M.; BELISÁRIO, S.A. **The position of physical education professionals within primary healthcare and the challenges in their training.** Interface (Botucatu), v.17, n.47, p.885-99, out./dez. 2013.

FEITOSA, W.M.N; NASCIMENTO, J.V. **As competências específicas do profissional de Educação Física que atua na orientação de atividades físicas: um estudo Delphi.** R. bras. Ciência e Mov. 2003; 11(4): 19-26.

FERREIRA et al. **A inserção do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família: visão dos profissionais.** Rev Bras Ativ Fís Saúde 2016;21(3):228-236

FONSECA, S. A.; NASCIMENTO, J. V.; BARROS, M. V. G. **A formação inicial em educação física e a intervenção profissional no contexto da saúde: desafios e proposições.** In: NASCIMENTO, J. V.; FARIAS, G. O. (org). Construção da Identidade Profissional em Educação Física: da formação a intervenção. Florianópolis: Ed. Da UDESC, 2012. P.557-585.

FREITAS, F. F.; CARVALHO, Y. M.; MENDES, V. M. **Educação Física e Saúde: aproximações com a “clínica ampliada”.** Rev Bras Ciênc Esporte. 2013;35(3):639-656.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRAGNOLATI, M; LINDELOW, M; COUTTOLENC, B. **20 anos de Construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde.** Washington, D.C: The World Bank, 2013.

HUNGER, D.; NASCIMENTO, J. V.; BARROS, M. V. G.; HALLAL, P. C. EDUCAÇÃO FÍSICA. In: HADDAD, A. E.; PIERANTONI, C. R.; RISTOFF, D.; XAVIER, I. M.; GIOLO, J.; SILVA, L.B. **A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde: 1991 a 2004.** Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006.

JAIME Jr., P. **Um texto, múltiplas interpretações: antropologia hermenêutica e cultura organizacional.** Revista de Administração de Empresas, v. 42, n. 4, p. 72-83, 2002.

LANCMAN, S.; GONÇALVES, R. M. de A.; CORDONE, N. G.; BARROS, J. de O. **Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 968-975, Oct. 2013.

LAZZAROTTO E. M. **Competências essenciais requeridas para o Gerenciamento de unidades básicas de saúde** [dissertação]. Florianópolis: Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

LEMO, M.; FONTOURA, M. S. **Formação em saúde no estado da Bahia: uma análise à luz da implementação das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde.** Revista Baiana de Saúde Pública. Salvador. v. 33, n. 1, p. 35-39, jan-mar, 2009.

MARTINEZ, J. F. N. **Educação Física e Saúde Pública: A Inserção do Profissional de Educação Física em um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Goiana/GO)** 2014. 289f. Tese (doutorado) - Programa de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás, 2014.

MATTA, G.C. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde.** In: Matta G.C., Pontes A.L.M. (orgs.). Políticas de Saúde: Organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MENEGHEL, S. N. **Saúde e igualdade: a relevância do Sistema Único de Saúde (SUS).** Universidade Federal do Rio Grande do Sul – ano 15, nº 264, vol. 15, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2013.

MINAYO, M. C. de S.; COSTA, A. P. **Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa.** Revista Lusófona de Educação, nº 40, v. 40 p. 139-153, aug. 2018.

NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** 3 ed. Londrina: Midiograf, 2003.

PAIVA, F.S.L. et al. **Formação inicial e currículo no CEFD/UFES.** *Pensar a Prática*, v. 9, n.2, p. 213-230, jul-dez. 2006.

PASQUIM, H.M. **A saúde coletiva nos cursos de graduação em educação física.** *Saúde Soc.*, v.19, n.01, 192-200p, 2010.

PINHEIRO, R. **Integralidade. Dicionário de Educação Profissional de Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PRONI, M. W. **Universidade, profissão Educação Física e o mercado de trabalho.** *Motriz*, Rio Claro, v.16 n.3 p.788-798, jul-set. 2010.

RODRIGUES, J.D.; FERREIRA, D.; SILVA, P.; CAMINHA, I.; DE FARIAS JUNIOR, J. C. **Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: Revisão Sistemática.** *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.* 2013;18(1):05-15.

SADI, R. S. **Educação Física, trabalho e profissão.** Campinas: Komedi, 2005.

SANTOS, A. L. P. dos; SIMÕES, A. C. **Desafio do ensino superior em educação física: considerações sobre a política de avaliação de cursos.** *Ensaio: Aval. Pol. Publ. Educ.*, Rio de Janeiro, v. 16, n.59, p. 259-274, abr./jun. 2008

SANTOS, S. F. S.; BENEDETTI, T. R. B. **Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física.** *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, Pelotas/RS, 17(3):188-194, Jun/2012.

SANTOS, S. F. da S.; LOCH, M. R.; BORGES, R. A.; DAUSSY, M. F. dos S. **Experiências da educação física na formação e na atuação no Sistema Único de Saúde.** In: BENEDETTI, T. R. B.; SILVA, D. A. S; SILVA, K. S. da. NASCIMENTO (org.). *A formação do profissional de Educação Física para o setor saúde.* Florianópolis: Postmix, 2014. p. 128-154

SCABAR, T. G.; PELICIONI, A. F.; PELICIONI, M. C. F. **Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.** *J. Health Sci. Inst.* v. 30, n. 4, 411-8p, 2012.

SILVA, D. A. S.; GONÇALVES, E. C. de A.; SOUSA, G. R. de ; NUNES, H. E. G. **O papel do profissional de educação física a frente ao impacto global da atividade física** In: BENEDETTI, T. R. B.; SILVA, D. A. S; SILVA, K. S. da. NASCIMENTO (org.). *A formação do profissional de Educação Física para o setor saúde.* Florianópolis: Postmix, 2014. p. 108-127

SILVA, E. P. et al. **Projeto terapêutico singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v.17, n.2, p.197-202, 2013.

SILVA, L. H. **A Formação em Educação Física para Atuação na Saúde.** Rio Claro, 2016. 322f. Tese de Doutorado – Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro.

SOUZA, Silvana Cardoso de; LOCH, Mathias Roberto. **A intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família dos municípios do norte do Paraná.** *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, v.16, n.1, p. 5-10, 2011

TRAD, L. A. B.; **Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19[3]: 777-796, 2009.

ANEXO A – ROTEIRO DE PERGUNTAS GRUPO FOCAL I

- Qual a formação inicial e continuada dos profissionais?
- Quais as deficiências percebidas quanto a formação?
- Quais cenários eles atuam?
- Qual o nível de aderência do profissional de Educação Física ao processo de trabalho no NASF?
- Como se dá o trabalho junto as equipes de referência?
- Quais ferramentas de trabalho próprias da Educação Física são utilizadas por estes profissionais?
- Quais os principais problemas relacionados ao processo de trabalho no NASF?
- Qual a concepção de promoção de saúde estes profissionais possuem?
- Quais as concepções de corpo, saúde e cuidado?
- Como enfrentar as deficiências percebidas na formação e no processo de trabalho dos profissionais?

ANEXO B – ROTEIRO DE PERGUNTAS GRUPO FOCAL II

- Quais as competências necessárias para o trabalho de vocês no NASF?
- Que conhecimentos, habilidades e atitudes vocês acreditam ser essenciais para desenvolver o trabalho de vocês?
- Como a formação inicial (graduação) de vocês contribuiu para o desenvolvimento destas competências?
- Quais os aspectos positivos/potências? Quais os aspectos negativos/fragilidades na formação inicial?
- Que outras oportunidades de formação (continuada ou permanente) vocês vivenciaram e que contribuem para o trabalho de vocês no NASF?
- Se vocês pudessem listar as suas necessidades/deficiências atuais de formação para atuação no NASF, quais seriam?

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Temos o prazer em convidar o senhor (a) como voluntário (a) para participar de uma pesquisa que será desenvolvida pelo Grupo de Estudos e Pesquisas em Epidemiologia da Atividade Física – GEPEAF, em parceria com o Laboratório de Estudos sobre Corpo, Estética e Sociedade – LAISTHESIS do Departamento de Educação Física, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Trata-se de uma pesquisa intitulada “**Impacto de uma formação de profissionais de Educação Física para atuação nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: uma pesquisa-ação**”, coordenado pelo professor Dr. Filipe Ferreira da Costa, que tem por objetivo analisar o impacto de uma intervenção formativa nos processos de trabalho de profissionais de saúde da atenção primária de João Pessoa, PB. Neste sentido, a sua participação consistirá da seguinte forma:

- O senhor (a) irá participar diretamente na formulação dos objetivos, no planejamento da intervenção, e em sua implementação nos serviços de saúde. Além disto, poderá fornecer dados por meio observação participante, entrevistas e questionários fechados. A pesquisa-ação tem como principal característica o envolvimento direto de todos os participantes na tomada de decisão e andamento da intervenção. Contamos com sua colaboração para assumir seu papel de destaque nessa experiência.

Riscos e desconfortos esperados

A participação no estudo não implicará risco para o voluntário, pois serão tomadas providências antecipadas de cautela para que as informações permaneçam em sigilo absoluto.

Benefícios para os participantes

A realização deste estudo permitirá a proposição de políticas públicas para o setor, além de subsidiar a proposição e o planejamento de ações de formação continuada para os profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família de João Pessoa e outras localidades da Paraíba. Espera-se que ocorram melhorias nos processos de trabalho dos profissionais envolvidos como resultado da intervenção.

Esta pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa - PB. Informamos que todos os procedimentos utilizados neste estudo seguem as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Paraíba. Deixamos claro que o (a) senhor (a) será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O (A) senhor (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participação não retira do senhor (a) qualquer benefício na sua atuação profissional pela Unidade Básica de Saúde.

Na certeza de contarmos com a sua colaboração, agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e ficamos ao seu inteiro dispor para prestar esclarecimento antes, durante e após a conclusão da pesquisa por meio dos contatos: e-mail: filipe@ccs.ufpb.br - Fones: 3216-7030 ou presencialmente no seguinte endereço: Universidade Federal da Paraíba, Departamento de


Educação Física, – GEPEAF, Campus I, Cidade Universitária - CEP: 58059-900 - João Pessoa, PB, ou no Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB – Cidade Universitária / Campus I Bloco Arnaldo Tavares, sala 812 – Fone: (83) 3216-7791.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____portador CPF ou RG de número _____, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar dessa pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de todas informações por mim transmitidas em publicações e eventos de caráter científicos, sem que exista qualquer quebra ao anonimato das informações fornecidas. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando um via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

João Pessoa, _____ de _____ de 20__

Assinatura do participante



Assinatura do pesquisador

